

जन्म देने वाली माता की जानकारी

बालक का नाम	मामला संख्या
मामले पर काम करने वाले का नाम	एजेंसी का नाम

पूर्ण करने के लिए निर्देश

- स्पष्ट रूप से मुद्रित करें - स्याही का उपयोग करें।
- सभी मर्दों को भरें। यदि आप किसी मद के जवाब को नहीं जानते हैं तो "अज्ञात" लिखें।
- AD67 फार्म दो अलग भागों में विभाजित किया गया है। भाग 1 में पहचान की जानकारी है और इसे गोपनीय रखा जाएगा। इस जानकारी में से कुछ भी आपके गोद दिये जा रहे बालक या उसके अभिभावकों को नहीं दी जाएगी जब तक की इसे जारी करने की लिखित अनुमति ना दें। भाग 2 में ना पहचाने जाने वाली जानकारी है। केलिफोर्निया में गोद लेने के अधिकार के लिए यह आवश्यक है कि आप भाग 2 की एक प्रति जिसमें चिकित्सकीय, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक जानकारी को आपके बालक के दत्तक अभिभावकों को गोद प्रक्रिया के पूर्ण होने से पूर्व और आपके गोद दिये बच्चे के 18 वर्ष की आयु पूर्ण करने के बाद उसके लिखित अनुरोध पर दिये जाने की आवश्यकता है।
- इस प्रारूप में मांगी गई सभी जानकारी आपके बालक को गोद देने की प्रक्रिया के पूर्ण होने के लिए महत्वपूर्ण है।

भाग 1 – जन्म देने वाली माता के विषय में जानकारी की पहचान करना इस जानकारी को आपके द्वारा लिखित में अनुमति दिये बिना गोपनीय रखा जाएगा।

A. नाम/पता

जन्म देने वाली माता - नाम (पहला-मध्य अंतिम)	शादी से पहले का नाम	अन्य जिन नामों से जाना जाता हो
सामाजिक सुरक्षा संख्या	ड्राइवर लाइसेन्स संख्या	जन्म की तारीख (महीना, दिन, वर्ष)
		जन्म स्थान (शहर, राज्य, देश)
वर्तमान पता (सड़क, शहर, राज्य, ज़िप कोड)		टेलीफोन नंबर ()
स्थायी डाक पता (सड़क, शहर, राज्य, ज़िप कोड)*		स्थायी फोन नंबर ()
स्थायी डाक पते के उपयोग पर प्रतिबंध यदि कोई हों तो		

B. जन्म देने वाली माता के अभिभावक (वे पालक जिन्होंने आपका लालन-पालन किया है)

जन्म देने वाली माता की माँ का नाम (प्रथम, मध्य अंतिम)	जन्म देने वाली माता के पिता का नाम (प्रथम मध्य अंतिम)
पता सड़क शहर	पता सड़क शहर
राज्य ज़िप कोड	राज्य ज़िप कोड
क्या आपकी माता इस गोद देने के बारे में जानते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना <input type="checkbox"/> अज्ञात	क्या आपके पिता इस गोद दिये जाने के बारे में जानते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना <input type="checkbox"/> अज्ञात
यदि भविष्य में हम आपको ढूँढना चाहें तो क्या हम आपकी माता की सहायता ले सकते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	यदि भविष्य में हम आपको ढूँढना चाहें तो क्या हम आपके पिता की सहायता ले सकते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना

C. अवयस्क का पितृत्व

बालक के जैविक पिता का नाम (प्रथम, मध्यम अंतिम)	स्थायी फोन नंबर ()
ज्ञात अंतिम पता (सड़क, शहर, राज्य, देश-संयुक्त राज्य के बाहर से हैं)	
क्या आपने और बालक के जैविक पिता ने कभी शादी करने की कोशिश की है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	
यदि हाँ, तो समझाएँ _____	

D. वैवाहिक इतिहास

1. क्या आप इस समय विवाहित हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना यदि हाँ, तो आपके जीवनसाथी का नाम क्या है? _____ पहला, मध्य, अंतिम
उनका पता क्या है? _____
वर्तमान विवाह का स्थान (शहर, काउंटी, राज्य)
विवाह का स्थान (शहर, काउंटी, राज्य)
विवाह की तारीख (महीना, दिन, वर्ष)

* नोट: केलिफोर्निया राज्य के सामाजिक सुरक्षा विभाग को आपके स्थायी पते के बदलाव के विषय में सूचित करना महत्वपूर्ण है।

2. क्या आपने कोई अन्य विवाह किए हैं? हाँ ना यदि हाँ, तो निम्न का उत्तर दें:

पिछले साथी का नाम	जहां विवाह का लाइसेन्स जारी किया गया था	विवाह की तारीख व स्थान	तलाक की तारीख व स्थान	यदि पति/पत्नी का स्वर्गवास हो चुका है, मृत्यु की तारीख व स्थान दें	विवाह से हुए बच्चों की संख्या
1.					
2.					
3.					
4.					

E. अन्य बालक

क्या गोद लिए जा रहे बालक के अलावा भी आपके अन्य बच्चे हैं? हाँ ना
यदि हाँ, तो निम्न को पूर्ण करें:

बालक का नाम	लिंग स्त्री : पुरुष	जाँचें (✓) यदि आप दत्तक से रक्त संबंध रखते हैं पूर्ण रूप से आंशिक	बालक की जन्म तिथि	इस समय कौन उसकी देखभाल कर रहा है? (देखभाल करने वाले के बालक के साथ संबंध को स्पष्ट करें)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

F. यदि अमरीकी इंडियन वंश से हैं (ICWA-020 प्रारूप को पूर्ण करें)

क्या आपकी माता या पिता के परिवार में कोई अमरीकी इंडियन वंशज थे? हाँ ना

यदि हाँ, तो आपकी जनजाति (यां) कौनसी हैं? _____ जनजाति (यों) का ठिकाना कहाँ है?: _____

क्या आप ,आपके माता-पिता वर्तमान में जनजाति के साथ पंजीकृत हैं या आपके कोई वंशज जनजाति के साथ पंजीकृत थे? हाँ ना

यदि हाँ, तो आपकी या उनकी पंजीयान संख्या क्या है? _____

क्या आपने, आपके माता-पिता या दादा-दादी या किसी भी पूर्वज के पास इंडियन रक्त की डिग्री का प्रमाण पत्र है (CDIB)? हाँ ना

यदि हाँ, तो कृपया इस प्रश्नावली के साथ CDIB की एक प्रति संलग्न करें।

G. मनोवैज्ञानिक परामर्श

क्या आप कभी किसी मनोचिकित्सक, मनोरोग चिकित्सक, चिकित्सकीय सामाजिक कार्यकर्ता, मानसिक या व्यवहारिक स्वास्थ्य चिकित्सक के पास आपको हुई भावनात्मक या मनोवैज्ञानिक या व्यावहारिक समस्याओं के लिए गए हैं? हाँ ना
यदि हाँ, तो निम्न को पूर्ण करें:

तिथि (यां) और उपचार के कारण

थेरेपिस्ट का नाम या एजेंसी का नाम जिसने इसे प्रदान किया

स्थान

आपके उपचार के लिए दी गई दवाओं के नाम को इंगित करें

यदि आप अब उपचार नहीं ले रहे हैं तो बंद करने का कारण बताएं

H. दत्तक प्रक्रिया प्रश्न (केवल स्वतंत्र दत्तक प्रक्रिया हेतु)

1. क्या इस दत्तक प्रक्रिया के लिए कोई वकील आपका प्रतिनिधित्व कर रहा है? हाँ ना
2. क्या आपका वकील दत्तक लेने वाले अभिवक्ता (कों) का भी प्रतिनिधित्व कर रहा है?..... हाँ ना अज्ञात
3. इस गर्भावस्था का खर्चा किसने वहन किया जिसमें जन्म के पहले की देखभाल, डेलीवरी व अन्य खर्च शामिल हैं? _____
4. क्या दत्तक लेने वाले अभिभावक (कों) ने आपका कोई खर्चा वहन किया है? हाँ ना
उन्होंने कितने धन का भुगतान किया? \$ _____
5. केलिफोर्निया दत्तक कानून के अनुसार जन्म देने वाले माता-पिता जो बालक को दत्तक देते हैं को गोद लेने वाले अभिभावक (कों) के विषय में निजी जानकारी होनी चाहिए
कृपया इंगित करें कि क्या आपको गोद लेने वाले अभिभावक (कों) के विषय में निम्न जानकारी है:
पूर्ण कानूनी नाम हाँ ना
आयु हाँ ना
धर्म हाँ ना
प्रजाति या जातीयता हाँ ना
वर्तमान विवाह को हुए वर्ष हाँ ना
पिछले विवाहों की संख्या हाँ ना
निवास का क्षेत्र (यदि अनुरोध किया जाए तो उनका पूर्ण पता) हाँ ना
रोजगार हाँ ना
क्या अन्य बच्चे या वयस्क उनके घर में रहते हैं? हाँ ना
बच्चे जो उनके घर में नहीं रहते हाँ ना
क्या इन बच्चों के क्या भरण पोषण का कोई दायित्व है हाँ ना
भरण पोषण दायित्व निभाने में हुई चूक हाँ ना
स्वास्थ्य की स्थिति जिससे सामान्य दैनिक गतिविधियों या सामान्य जीवन प्रत्याशा बाधित होती हो? हाँ ना
यातायात संबंधी उल्लंघन के सिवाय कोई गिरफ्तारी या अपराध सिद्ध हुए हैं? हाँ ना
उनके संरक्षण से बच्चों को दुर्व्यवहार या उपेक्षा के कारण निकाला गया है? हाँ ना
6. क्या अतिरिक्त जानकारी आप गोद लेने वाले अभिभावक (कों) के विषय में जानना चाहते हैं या किस जानकारी की आपको ज़रूरत है? _____

7. क्या आप गोद लेने वाले अभिभावक(कों) से मिले हैं? हाँ ना
8. यदि हाँ, तो आप उन्हें कितनी अच्छी तरह से जानते हैं? _____

जन्म देने वाली माँ के हस्ताक्षर

प्रारूप को समाप्त करने की तिथि

उपरोक्त जानकारी द्वारा दी गई: (लागू होने वाले डब्बे को चिन्हित करें)

- जन्म देने वाली माँ जन्म देने वाले पिता अन्य (बताएं) _____

बालक का नाम	मामला संख्या
मामले के कार्यकर्ता का नाम	एजेंसी का नाम

भाग 2 – जन्म देने वाली माता की पहचान ज़ाहिर न करने वाली जानकारी

इस जानकारी को दत्तक लेने वाले अभिभावक (कों) को दिया जाएगा और यह आपके बच्चे को भी उपलब्ध की जाएगी। कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर हर संभव पूर्णता से दें।

दत्तक के गोद दिये जाते समय जन्म देने वाली माता की विशेषताएँ

A. सामान्य जानकारी व शारीरिक विवरण

लंबाई	सामान्य लंबाई	आँखों का रंग	त्वचा का रंग	बालों का प्राकृतिक रंग	बालों की प्राकृतिक संरचना (उन सभी पर निशान लगाएँ जो लागू होते हैं)
					<input type="checkbox"/> पतले <input type="checkbox"/> मध्यम <input type="checkbox"/> रूखे <input type="checkbox"/> सीधे <input type="checkbox"/> लहरदार <input type="checkbox"/> घुँघराले <input type="checkbox"/> गंजापन
जन्म तिथि (केवल वर्ष)	जन्म स्थान (केवल राज्य)	रक्त का प्रकार	आर एच फैक्टर	शरीर का प्रकार <input type="checkbox"/> छोटी हड्डियों वाली <input type="checkbox"/> मध्यम हड्डियों वाली <input type="checkbox"/> बहुत बड़ी हड्डियों वाली	क्या आप दायें हाथ से काम करती हैं? <input type="checkbox"/> बाएँ हाथ से? <input type="checkbox"/>

प्रजाति/नस्लीय समूह

गोरी हिस्पेनिक फिलिपिनो काली एशियाई या पॅसिफिक द्वीपवासी

अमरीकी इंडियन या अलास्का के रहिवासी अन्य (बतारें) _____

यदि अमरीकी इंडियन या अलास्का रहिवासी हैं तो जनजाति का नाम दें और इंडियन रक्त की डिग्री दें (यदि जानते हैं) _____

विशिष्ट राष्ट्रीयता अवतरण: (उदाहरण आइरिश, फ्रांसीसी, जर्मन, कैंटोनीज़, मेक्सिकन, नाइजीरियाई)

B. शिक्षा

अंतिम पूर्ण ग्रेड	क्या आप वर्तमान में विद्यालय में हैं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	विद्यालय में प्राप्त सामान्य ग्रेड	अन्य प्रशिक्षण
-------------------	--	------------------------------------	----------------

पाठ्येतर गतिविधियाँ

विषय जिनमें रुचि है

C. रोजगार

वर्तमान रोजगार	कबसे है	सामान्य रोजगार
----------------	---------	----------------

आपके रोजगार संबंधी लक्ष्य क्या हैं? (उदाहरण: अध्यापक, वेल्डर, बिक्री लिपिक बनना)

D. व्यक्तित्व

आपके व्यक्तित्व का आपके सामान्य व्यवहार, रवैये, मूड, गतिविधियाँ जिनमें आप सामान्य तौर पर भाग लेती हैं, आप किस प्रकार के लोगों के साथ रहना से प्रसन्न रहती हैं, रहना चाहती हैं, आदि के संदर्भ में वर्णन करें

आपकी प्रतिभा, शौक और जीवन लक्ष्यों का वर्णन करें

वर्णन करें आप बच्ची के रूप में कैसी थीं

E. दत्तक प्रक्रिया प्रश्न

आपका धर्म क्या है? _____

क्या आप आपके बच्चे को उसके दत्तक अभिभावक (कों) के धर्म के अनुसार परवरिश होने देने के लिए सहमत हैं, यदि वह आपसे भिन्न है? हाँ ना
यदि नहीं, तो आप किस धर्म के अनुसार आपके बच्चे की परवरिश चाहती हैं? _____

आप इस बच्चे को दत्तक क्यों दे रही हैं? (कृपया जितना संभव हो उतना पूर्ण उत्तर दें। यह वह प्रश्न है जो वयस्क गोद दिये बच्चे सबसे आम तौर पर गोद देने वाली एजेंसियों से पूछते हैं)

यदि आपका बच्चा जन्म के समय गोद नहीं दिया गया था, तो गोद देने से पहले बच्चे की परवरिश, स्वास्थ्य और विकास के विषय में जानकारी दीजिये

आपको कैसा अनुभव होगा जब गोद दिया बच्चा वयस्क होने पर आपसे संपर्क करे?

F. जन्म देने वाली माँ का मासिक धर्म का इतिहास और बच्चे की गर्भावस्था का इतिहास

1. मासिक धर्म का इतिहास	आप कितने वर्ष कि थीं जब आपको मासिक शुरू हुआ?	आपके मासिक की सामान्य अवधि क्या है?	क्या यह नियमित है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	चक्र के दिनों की संख्या
--------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------

क्या आपको मासिक संबंधी कोई समस्या है?

हाँ ना यदि हाँ, तो बताएं

2. इस गर्भावस्था के दौरान	आपको प्रसव पूर्व देखभाल प्रदान करने वाली ओब्स्टेटरिशियन/चिकित्सक का नाम			
	ओब्स्टेटरिशियन का नाम	पता		

आपकी प्रसव पूर्व देखभाल कब शुरू हुई?	गर्भाधान के समय आपकी उम्र क्या थी?	इस गर्भावस्था को कितने सप्ताह हुए हैं?	प्रसव प्रकार <input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> कई <input type="checkbox"/> यदि कई हैं तो कितने?
--------------------------------------	------------------------------------	--	--

इस गर्भावस्था के दौरान पेश आई जटिलताएँ? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना यदि हाँ, समझाएँ _____	क्या आपने अन्य बच्चों को जन्म दिया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना यदि हाँ, तो कितने? _____
---	---

3. इस गर्भावस्था के दौरान स्थितियाँ	जर्मन मीसल्स <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना संक्रमण <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	यौन संचारित रोग: <input type="checkbox"/> हरपीज <input type="checkbox"/> गोनोरिया <input type="checkbox"/> सिफलिस <input type="checkbox"/> क्लेमाइडिया <input type="checkbox"/> जननांग मस्से	वाइरस (उदाहरण, फ्लू)..... <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना दुर्घटना..... <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना
--	---	--	--

यदि उपरोक्त में से किसी के लिए भी हाँ तो रोग का प्रकार, तिथियाँ और उपचार का प्रकार बताएं?

4. इस गर्भावस्था के दौरान व इससे एक वर्ष पहले ली गई ड्रग

a. डॉक्टर द्वारा लिखी ड्रग/दवा [नाम बताएं]	इस गर्भावस्था के दौरान ली गई (✓ को उपयुक्त कालम में जाँचें)		इस गर्भावस्था से एक साल पहले ली गई		कब?	कितनी बार?	मात्रा?
	हाँ	ना	हाँ	ना			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. डॉक्टर द्वारा नहीं डी गई दवाएं : [एसपीरिने, नाक में डालने वाली दवा आदि शामिल हैं]							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. एल्कोहल व अन्य पदार्थ:							
1. एल्कोहल (वाइन, बियर आदि)							
2. एंफीटामाइन्स (अपर्ज)							
3. बारबिचयूरेटज़ (डौनर्ज)							
4. तंबाकू							
5. कोकेन							
6. क्रैक							
7. हेरोइन							
8. एलएसडी							
9. पीसीपी							
10. मारिजुआना							
11. अन्य (बताएं)							

क्या आपने कभी भी इंजेक्शन द्वारा ली जाने वाली ड्रग का उपयोग किया है? हाँ ना

G. निजी स्वास्थ्य इतिहास

आपके सामान्य स्वास्थ्य का वर्णन करें

बचपन में आपको कौनसी बच्चों की बीमारियाँ हुई थीं?

- खसरा: रूबेला/खसरा (3 दिन) गलसुआ परागज ज्वर कान संक्रमण रयुमेटिक फीवर कुकर खांसी
 रूबेला/खसरा (2 सप्ताह) चेचक लाल खसरा एन्सिफेलाइटिस दिल की असामान्य ध्वनि/हार्ट मर्मर मूत्राशय/थैली संक्रमण
 अस्थमा दिमागी बुखार स्कारलेट फीवर/लाल बुखार अन्य (बताएं)

कोई बड़ा आपरेशन? हाँ ना

यदि हाँ, किस कारण व कब? _____

क्या आप निम्न हैं:

- जुड़वां लिडवां कोई अन्य साथ में जन्में

क्या आप कोई:

- समरूप या फ्रेटरनल ट्विन हैं

H. पारिवारिक इतिहास

क्या आपको या आपके किसी अन्य परिवार जन को गोद लिया गया था? हाँ ना

यदि हाँ, तो कृपया बताएं किसे? _____

	आपके जैविक पिता को		आपकी जैविक माता को	
मौजूदा आयु				
यदि दिवंगत हो चुके हैं तो मृत्यु के समय आयु				
मृत्यु का कारण				
लंबाई व वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन
बालों का रंग व संरचना				
आँखों का रंग				
त्वचा का रंग				
दाहिने या बाएँ हाथ से काम करने वाले				
अप्रतिम विशेषताएँ				
पूर्ण की गई शिक्षा				
रोजगार				
जातीयता/नस्लीय समूह	<input type="checkbox"/> गोरी नस्ल <input type="checkbox"/> हिस्पेनिक <input type="checkbox"/> काली नस्ल <input type="checkbox"/> फिलिपीनो <input type="checkbox"/> एशियाई या पॅसिफिक द्वीप के <input type="checkbox"/> अन्य (बताएं) <input type="checkbox"/> अमरीकी इंडियन या अलास्का के रहिवासी		<input type="checkbox"/> गोरी नस्ल <input type="checkbox"/> हिस्पेनिक <input type="checkbox"/> काली नस्ल <input type="checkbox"/> फिलिपीनो <input type="checkbox"/> एशियाई या पॅसिफिक द्वीप के <input type="checkbox"/> अन्य (बताएं) <input type="checkbox"/> अमरीकी इंडियन या अलास्का के रहिवासी	
राष्ट्रीयता				
धर्म				
क्या यह अभिभावक आपकी गर्भावस्था के बारे में जानते हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	
उनके कितने भाई या बहनें थीं?				
यदि आपकी कोई भी आंटी या अंकल दिवंगत हो चुके हैं तो मृत्यु के समय उनकी आयु और मृत्यु का कारण दें				
	आपके पिता के माता-पिता		आपकी माता के माता-पिता	
	पिता	माता	पिता	माता
आयु				
यदि मृत्यु हो चुकी है तो मृत्यु के समय आयु और मृत्यु का कारण				
शारीरिक रूप से दिखने का वर्णन करें				
लंबाई व वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन
अप्रतिम विशेषताएँ				
पूर्ण की गई शिक्षा				
वर्तमान या पिछला रोजगार				
क्या वे आपकी गर्भावस्था के विषय में जानते हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना	

H. पारिवारिक इतिहास (जारी है)

आपके भाई व बहन

(यदि आपके 4 से अधिक भाई-बहन हैं तो कृपया अतिरिक्त कागज़ का उपयोग करें)

	1	2	3	4
लिंग (स्त्री या पुरुष)				
आयु				
यदि दिवंगत हो चुके हैं तो मृत्यु के समय उनकी आयु व कारण				
वे आपके सगे भाई-बहन हैं या सौतेले	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले
लंबाई व वज़न	लंबाई वज़न	लंबाई वज़न	लंबाई वज़न	लंबाई वज़न
बालों का रंग व संरचना				
आँखों का रंग				
त्वचा का रंग				
शौक व प्रतिभा				
अंतिम पूर्ण की गई ग्रेड				
वर्तमान में विद्यालय में हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना			
रोजगार				
क्या वे आपकी गर्भावस्था के बारे में जानते हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना			
वैवाहिक स्थिति				
उनके बच्चों की संख्या				
बच्चों का स्वास्थ्य				

आपके अन्य बच्चे

(यदि आपके 4 से अधिक बच्चे हैं तो अतिरिक्त कागज़ का उपयोग करें)

	बालक #1	बालक #2	बालक #3	बालक #4
बताएं की बेटा है या बेटा				
जन्म तिथि और आयु				
क्या यह बालक गोद लिए जाने वाले का सगा या सौतेला भाई-बहन है?	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले			
यदि दिवंगत है तो मृत्यु के समय आयु				
मृत्यु का कारण				
लंबाई व वज़न	लंबाई वज़न	लंबाई वज़न	लंबाई वज़न	लंबाई वज़न
बालों का रंग और संरचना				
आँखों का रंग				
त्वचा का रंग				
दायें या बाएँ से काम करने वाले				
स्कूल में ग्रेड				
क्या यह बच्चा आपके साथ रहता है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना			
शौक या प्रतिभा				
सामान्य स्वास्थ्य				
कोई बड़ा आपरेशन				
स्वास्थ्य समस्याएँ				
क्या यह बच्चा/बच्ची आपकी गर्भावस्था के बारे में जानता/ती है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना			

I. आपका,आपके माता-पिता और अन्य रिश्तेदारों का स्वास्थ्य इतिहास

उपयुक्त डब्बे को चिन्हित करें यदि आपके या आपके कोई रिश्तेदार (अर्थात आपके माता-पिता, बहनों, भाइयों, आंटी, अंकल, दादा-दादी, आपके अन्य बच्चे) जिन्हें नीचे सूचीबद्ध किए गए चिकित्सकीय रोग थे या हैं। व्यक्ति के साथ आपकी रिश्तेदारी भी बताएं। कृपया टिप्पणी भाग को पूर्ण करें। यदि किसी बीमारी की वजह से किसी पारिवारिक सदस्य की मृत्यु हुई हो तो उसे इंगित करें और उस व्यक्ति कि मृत्यु के समय उसकी अनुमानित आयु को टिप्पणी भाग में लिखें।

चिकित्सकीय स्थिति/रोग	नहीं	अज्ञात	हाँ स्वयं को	हाँ-रिश्तेदार (संबंध स्पष्ट करें)	टिप्पणियाँ
A. जन्मजात क्षति:					
1. क्लब फुट या अन्य कोई हड्डियों की समस्या(यानि की चपटे तलवे)					
2. हेयरलिप(क्लेफ्ट लिप) या क्लेफ्ट पैलेट/कटा तालु					
3. डाउंस सिंड्रोम					
4. अन्य क्रोमोसोम जनित विकार					
5. हाइड्रोसिफेलस					
6. मसक्यूलर डिस्ट्रोफी					शरीर के भाग जो प्रभावित हैं? शुरुआत के समय आयु
7. बौनापन					
8. स्पाइना बिफिडा					
9. जन्मजात हृदय विकार					
10. दर्राँती कोशिका अरक्तता					
11. टे साक्स रोग					
B. एलर्जी					एलर्जी किनसे है?क्या उपचार? क्या दवाइयाँ?
1. एग्जीमा या त्वचा संक्रमण					
2. हे फीवर या अन्य एलर्जी					
3. ड्रग एलर्जी					कौनसी ड्रग्स/दवाओं से
4. खाद्य एलर्जी					किन खाद्य पदार्थों से?
C. आँख,दांत,कान और विकासात्मक विकार:					
1. अंधापन,ग्लूकोमा,रंग अंधता या अन्य दृष्टि की समस्याएँ					
2. सुधारात्मक चश्मा या कॉटेक्ट लेंस					किस आयु में डॉक्टर की सलाह पर चश्मा आवश्यक हुआ?
दूर की चीजों का ठीक से नहीं दिखना					
पास की चीजें देखने में समस्या					
दृष्टिवैषम्य (फोकस करने में असमर्थता)					
तिर्यकदृष्टि (भेंगापन)					
अन्य (समझाएँ)					
3. दांतों पर ब्रेसिज या अन्य ओरथोडोनटिक कार्य?					यदि हाँ तो किस प्रकार का ओरथोडोनटिक कार्य और कबसे?

I. आपका, आपके माता-पिता और अन्य रिश्तेदारों का स्वास्थ्य इतिहास (जारी)

चिकित्सकीय हालत/रोग	नहीं	अज्ञात	हाँ स्वयं की	हाँ रिश्तेदार की (संबंध स्पष्ट करें)	टिप्पणियाँ
4. बहरापन या अन्य कानों की समस्या					विशेष शिक्षा? यदि "हाँ", तो शुरू होते समय आयु
5. बोलने में दिक्कत					
6. सीखने में अयोग्यता					
7. विकासात्मक अयोग्यता					कोई निदान? अस्पताल में भर्ती?
D. संचार विकार					
1. हीमोफीलिया					
2. दराँती कोशिका अरक्तता या लक्षण					
3. हाइपर टेंशन (उच्च रक्त चाप)					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार हुआ? क्या अस्पताल में भर्ती किया गया?
4. आघात					
5. दिल का दौरा (कोरोनरी)					
6. गठिया					किस प्रकार का? शुरुआत के समय आयु? शरीर के किस भाग में?
7. गुर्दे की बीमारी					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया?
E. हार्मोन संबंधी विकार					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया?
1. डायबिटीज़					
2. थायरॉयड विकार					
3. मोटापा (वज़न अधिक होना)					
F. श्वास संबंधी विकार					कोई कारण जो पता हो? क्या उपचार दिया गया?
1. अस्थमा					
2. वातस्फीति					शुरुआत के समय आयु?
3. यक्ष्मा					शुरुआत के समय आयु? किस प्रकार का? शरीर के किस हिस्से में?
G. मानसिक व व्यवहार जी विकार					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया? क्या अस्पताल में भर्ती थे?
1. स्किज़ोफ्रेनिया निदान किया गया					
2. बाई-पोलर रोग निदान किया गया					
3. अन्य मानसिक रोग। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त कागज़ पर वर्णन दें					
4. शराबीपन या अधिक पीना					
5. ड्रग उपयोग					प्रकार, मात्रा और कब ली गई?

I. आपका, आपके माता-पिता व अन्य रिश्तेदारों का स्वास्थ्य इतिहास (जारी है)

चिकित्सकीय रोग	नहीं	अज्ञात	हाँ स्वयं की	हाँ- रिश्तेदार (संबंध स्पष्ट करें)	टिप्पणियाँ
H. लसीका विकार					किस प्रकार का?शुरुआत के समय आयु?शरीर के किस भाग में?
1. कैंसर					
2. ट्यूमर/गांठ					
3. सिस्टिक फाइब्रोसिस/पुटीय तंतुशोथ					
4. हॉजकिन रोग					
I. तंत्रिका तंत्र विकार					शरीर के हिस्से जो प्रभावित हुए हैं? शुरुआत के समय आयु?
1. मल्टीपल स्केलेरोसिस					
2. हंटिंगटन्स रोग					
3. मस्तिष्क पक्षाघात					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया? आवृत्ति?
4. सीज़र/उद्वेग या पेशी स्फुरण के साथ ऐंठन					
5. मिर्गी					
J. संक्रमण, अस्पताल में भर्ती प्रक्रिया					निदान?
1. ज्ञात संक्रमण के साथ बार-बार बुखार आना					
2. बार-बार होने वाला गंभीर संक्रमण जिसमें अस्पताल में भर्ती होना पड़े					किसलिए? कब?
3. अस्पताल में भर्ती होना, आपरेशन या चोट					
K. अन्य चिकित्सकीय या स्वास्थ्य समस्याएँ:					